

# 若年健診申込書

健診料金 8,800円(税込)

FAX 042-529-1810

年 月 日

多摩健康管理センター

TEL 042-528-2011

事業所名称			
事業所所在地	〒 _____		
	TEL ( ) ( )	FAX ( ) ( )	
健康保険証の記号		事業所のご担当者名	

健康保険証の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日	希望するものに ○をつけてください		健診予約日 午前・午後 ○をしてください
				胃 *9,900	便 *1,100	
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分
本人・家族		男・女	昭・平 年 月 日			年 月 日 時 分

※ 胃部X線・便潜血検査は、別途費用が加算されます。  
 ※ 子宮頸がん検査は、追加検査ができますので、ご希望の方はお申し出ください。  
 料金は3,388円です。(原則火・木曜日 その他実施日についてはお問い合わせください)

<p>提出する内容について、下記「健康診断における個人情報の取扱いについて」に同意の上、申込みいたします。</p> <p>※担当者様による一括同意としておりますので、担当者様は必ず申込者の方にも同意を得たうえで、お申込みください。</p>	<p>チェック欄</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>★★★健康診断における個人情報の取扱いについて★★★</p> <p>【利用目的】</p> <p>○各種健康診断の予約手続き ○受診に付随する書類(受診票・案内・受診名簿等) ○資格確認等の照会 ○受診勧奨</p> <p>【管理】</p> <p>1. 個人情報の管理、保護に関して細心の注意を払い、外部漏洩が無いように安全対策を講じます。</p> <p>2. 個人情報を以下に示す①～③に該当する場合を除き、第三者に開示若しくは提供致しません。</p> <p>①ご本人が事前に承諾された場合                  ②法令に基づく場合                  ③人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である場合。</p> <p>【開示・訂正・削除】</p> <p>個人情報保護法に基づき、ご本人の個人情報に対し開示・訂正・削除を求められる場合、ご本人であることを状況に応じた適切な方法で確認後、合理的な範囲内でこれに応じます。ご本人の個人情報の開示・訂正・削除等を希望される場合、個人情報相談窓口までご連絡ください。</p> <p>(個人情報窓口 Tel 042-595-6033)</p>	